

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE

N° 26

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

Ruptures silencieuses des kystes de l'ovaire

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 mars 1938

PAR

MARC ROUCAUTE

Né à Coulommiers, le 25 avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MASSABUAU, professeur, *président.*

LAUX, professeur.

GUIBAL, agrégé.

ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, rue Jardin-Martel

Tél. 47-84

1938

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES RUPTURES SILENCIEUSES DES KYSTES
DE L'OVAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE

N° 26

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Ruptures silencieuses des kystes de l'ovaire

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 mars 1938

PAR

MARC ROUCAUTE

Né à Coulommiers, le 25 avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. MASSABUAU, professeur, *président*.

LAUX, professeur.

GUIBAL, agrégé.

ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, rue Jardin-Martel

Tél. 47-84

1938

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
	MASSABUAU ass.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doct.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS.
GALAVIELLE, BOSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de cours complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	MM. HARANT, D ^r
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	BOUDET, prof.
Pathologie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. lib.
Accouchements	COLL DE CARRERA, ag. lib.
Ophtalmologie	DEJEAN, agr.
Stomatologie	WATON, D ^r

Agrégés en exercice

Bactériologie	CARRERE
Médecine	JANBON
	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, prof., *présid.* | MM. GUIBAL, agrégé.
LAUX, professeur. | ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa grandeur d'âme, sa vie de labeur et de sacrifice, sa bonté et sa simplicité restent pour moi parmi les plus beaux exemples.

A MA MERE

Au moment de quitter la maison familiale, qu'elle sache que je n'oublierai jamais ce qu'elle fut pour moi.

A MA SŒUR

A MES FRERES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

*Qu'il trouve ici, pour l'accueil bienveillant
que nous avons toujours rencontré auprès
de lui, l'assurance de notre plus profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de guerre*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

Chevalier de la Légion d'honneur

*Il a bien voulu nous faire l'honneur de
participer à notre jury de thèse: nos bien
vifs remerciements.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RUPTURES SILENCIEUSES DES KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution des kystes de l'ovaire ou des collections liquides enkystées ovariennes ou périovariennes, il en est une qui a déjà été signalée et sur laquelle nous voudrions revenir: c'est la rupture de ces collections.

Cet accident assez particulier est, en effet, relaté dans plusieurs publications classiques et autres. Nous avons pensé cependant qu'il convenait de mettre encore en lumière quelques faits nouveaux concernant cette complication, et d'en tirer des déductions intéressantes au point de vue symptomatologique, diagnostic, anatomo-pathologique, pathogénique, étiologique, enfin, pronostique et thérapeutique.

Nous avons été amené à choisir le sujet de notre thèse inaugurale parce qu'il nous a été donné d'observer deux cas de rupture silencieuse d'un kyste de l'ovaire dans le service de notre Maître, M. le Professeur MASSABUAU qui, avec M. le Professeur agrégé GUIBAL et le Docteur JOYEUX, chef de clinique, ont présenté ces deux observations à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie le 2 mars 1938.

Nous avons aussi tenu compte des travaux déjà publiés,

et c'est de cet ensemble que nous avons tiré les quelques lignes que nous présentons aujourd'hui.

Nous devons l'initiative de cette thèse à M. le Professeur MASSABUAU qui, nous ayant admis dans son service au cours de nos études, nous a permis de suivre de près sa pratique chirurgicale et son enseignement magistral toujours plus vivant. Il nous a fait le grand honneur de présider cette thèse, nous ne saurions trop l'en remercier. Que M. le Professeur MASSABUAU trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée et qu'il nous permette de nous faire auprès de lui, l'interprète de toute une jeune génération qui se souviendra des agréables et si utiles leçons du mardi.

Aidé des précieux conseils que nous a prodigués inlassablement M. le Professeur agrégé GUIBAL, nous avons pu mener à bien ce travail. Que cet excellent Maître, à qui nous adressons nos plus vifs remerciements, soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABEAU)

prise le 15 octobre 1937

C... Odette, âgée de 19 ans, sans profession, de Paulhan (Hérault), était malade depuis un mois environ. Son médecin l'a fait admettre dans le service le 15 novembre 1937 avec le diagnostic de « péritonite bacillaire ».

Antécédents personnels. — Le psychisme est nettement déficient, aussi, les données de l'interrogatoire sont-elles sujettes à caution. On a cependant pu lui faire préciser qu'elle a eu des convulsions de 19 mois à 4 ans et demi environ, une bronchite à sept ans, elle a été réglée à 13 ans, ses règles ont toujours été irrégulières, abondantes le plus souvent et formées de caillots. A 15 ans les règles disparaissent; à 17 ans, à l'époque des vendanges, réapparition des règles qui sont abondantes et persistantes. Brusquement, elles cessent et n'ont plus reparu. Depuis l'âge de 17 ans, cette malade avait des pertes blanches abondantes.

Antécédents familiaux. — Les antécédents familiaux sont ici dénués de faits saillants. La mère serait décédée de pneumopathie. Le père est en bonne santé. Un de ses frères serait mort en bas âge (?) : elle aurait enfin deux sœurs de six et huit ans en bonne santé.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection semble remonter à un mois environ. A ce moment-là, la malade se plaint de douleurs abdominales diffuses accompagnées d'une diarrhée qui s'est prolongée quelques jours. Un médecin, appelé, constate alors l'existence d'un épanchement abdominal que la malade n'avait jamais remarqué auparavant. Les douleurs persistent et sont accompagnées de sensations de tiraillements, surtout dans la région ombilicale. Il y a cinq semaines, épisode douloureux se traduisant par un point de côté assez intense, de la diarrhée, enfin, des douleurs diffuses dans l'abdomen. Celui-ci a augmenté de volume seulement pendant les 15 derniers jours, plus encore la dernière semaine.

Examen. — L'abdomen est considérablement augmenté de volume. Les parois en sont tendues, l'ombilic est déplissé.

Percussion. — Elle révèle une matité qui part de la symphise pubienne pour remonter jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Au niveau du flanc gauche, tympanisme; sonorité au niveau du flanc droit. Enfin la sensation de flot est très nette.

Le toucher vaginal nous permet de percevoir que les cul-de-sac vaginaux sont tendus, que l'utérus est diminué de volume, infantile. Notons en passant, que le système pileux est anormalement développé au niveau du pubis, des membres inférieurs, de la lèvre supérieure: les seins sont peu

développés, les mamelons et les aréoles sont petites et non pigmentées. Il s'agit en un mot d'une hypo-ovarienne.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier. Pas de signes d'épanchement pleural. La respiration est rude, mais n'extériorise ni souffles, ni râles. Le cœur est normal.

Le traitement opératoire (sur les conseils de M. le Professeur MASSABUAU) est pratiqué le 19 novembre 1937. Le diagnostic clinique préopératoire était: « kyste de l'ovaire ».

Bilan opératoire:

Pouls : 112; tension artérielle : $10,5 \times 6,5$.

Réflexe oculo-cardiaque: 104;

Azotémie: 0 gr. 28 par litre;

Temps de saignement: 2 minutes 30.

Temps de coagulation: 3 minutes.

M. le professeur MASSABUAU fait une laparatomie médiane sous-ombilicale prolongée de 5 à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic. La position de la malade d'abord horizontale sera ensuite celle de Trendelenburg.

A l'exploration, le chirurgien est frappé par la présence d'une ascite hémorragique avec masses gélatineuses et petits kystes. Poursuivant ensuite son exploration du côté de l'appareil génital, il découvre un kyste de l'ovaire gauche, du volume d'une tête fœtale mais rompu à sa partie postérieure. De nombreuses végétations tapissent le péritoine pariétal, les anses grêles, qui sont facilement clivables, enfin le grand épiploon.

Conduite opératoire. — On pratique d'abord l'évacuation de la cavité péritonéale. On extériorise ensuite le kyste de l'ovaire, et on termine par une hémostase minutieuse du mésosalpynx et du ligament utéro-ovarien. Fermeture de

la plaie (péritoine, muscles, aponévrose) par huit points de fils de soie séparés. La peau est suturée au moyen d'agrafes de Michel.

Le diagnostic post-opératoire était le suivant: kyste végétant rompu dans la grande cavité péritonéale, accompagné d'ascite réactionnelle ».

Examen histologique post-opératoire. — M. le Docteur GUIBERT, qui a pratiqué lui-même cet examen nous dit : « L'examen histologique a porté sur des fragments d'aspect gélatineux et sur des territoires lardacés. Les premiers réalisent l'aspect histologique de l'angio-myxome sans caractère histo-pathologique de malignité. Les deuxièmes constituent des zones de nécrose totale: il semble que là aussi, il s'agissait d'un tissu myxomateux. La dégénérescence nécro-tique est si avancée que l'étude histologique est quasi impossible ».

Les suites opératoires ont été excellentes: la malade sort du service le 6 décembre 1937. Un traitement opothérapique d'insuffisance ovarienne lui est prescrit sous la forme de poudre d'extrait total d'ovaire, 0 gr. 50 pro die.

Deuxième séjour

La malade revient le 1er février 1938. Elle se portait bien depuis l'intervention. Le 10 janvier 1938, les règles sont normales. Elle aurait éprouvé des douleurs dans le bassin avant leur apparition et aurait eu l'abdomen ballonné. Les trois derniers jours de janvier, la malade a constaté l'augmentation progressive et rapidement importante du volume de l'abdomen. Elle a éprouvé seulement quelques phéno-

mènes douloureux discrets dans le bassin et la région lombaire. Pas de douleurs violentes, un vomissement le premier jour où l'abdomen a augmenté de volume.

L'examen révèle un abdomen volumineux, saillant en avant, aux parois tendues, l'ombilic est déplissé, la cicatrice opératoire est normale.

Percussion. — Matité remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La limite est légèrement vers en haut. La partie externe du flanc droit est sonore; le reste du flanc droit est mat en totalité. Le périmètre abdominal à l'ombilic est de 90 centimètres.

Toucher vaginal. — Les culs-de-sac bombent. La partie gauche paraît plus distendue que la droite.

M. le Professeur MASSABUAU décide une laparatomie exploratrice qu'il pratique le 7 février 1938.

Après une excellente anesthésie au mélange de Schleich, on pratique une incision médiane sus et sous-ombilicale.

Exploration. — Ascite hémorragique avec masses gélatineuses. Ces masses gélatineuses présentent des parties formées de caillots sanguins. Elles sont adhérentes au péritoine, disséminées dans toute la partie abdominale, mais surtout sur le grand épiploon, auquel elles sont très adhérentes et difficilement clivables. On note la présence d'une sorte de membrane kystique discontinue, peu résistante et qui se met en rapport avec quelques-unes des masses gélatineuses.

Conduite opératoire. — Evacuation du liquide d'ascite. Extirpation d'abondantes masses gélatineuses : cette extir-

pation, en raison de la dissémination et de l'adhérence des masses gélatineuses est forcément incomplète.

La plaie opératoire est refermée en deux plans qui laissent passer un drain mis dans le cul de sac de Douglas.

Suites opératoires. — La malade est en état de choc post-opératoire, malgré un traitement énergique et de puissants toni-cardiaque (sparto-camphre...) Le pouls est petit, rapide, la tension artérielle effondrée; le facies est pâle. Elle succombe à 21 heures.

L'examen anatomo-pathologique des divers fragments tumoraux, pratiqué par M. le Docteur Guibert « montre que l'on a à faire à un angio myxome remarquable par l'abondance des lacunes sanguines à parois très friables, d'où les vastes foyers hémorragiques plus ou moins bien enkystés. Ce qui retient encore l'attention, c'est la présence de cellules atypiques en prolifération très active, et qui bordent souvent directement les lacunes sanguines à la manière des cellules sarcomateuses : effectivement en ces points c'est la structure du myxo-sarcome qui se trouve réalisée.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU)

PERIÉ Marie, de Lunel, âgée de 64 ans, entre dans le service le 20 décembre 1934, avec le diagnostic « de kyste de l'ovaire ». Rien de saillant parmi ses antécédents personnels : elle est mariée mais sans enfants. Elle n'a jamais eu de fausse couche et a été ménopausée à 50 ans.

Histoire de la maladie. — Depuis deux mois environ elle souffre du ventre, du côté droit. C'est ce qui l'a amenée, avec une constipation opiniâtre, à consulter son médecin. Ni pertes blanches, ni pertes rouges.

Examen. Inspection: Gros ventre « en obusier ». La tumeur paraît prédominer du côté gauche.

Palpation. — La paroi abdominale est fortement tendue. Cependant légèrement dépressible: la sensation de flot est très nette.

Percussion. — Le flanc droit est sonore, le gauche est mat. La limite supérieure de la matité est convexe vers le haut.

Toucher vaginal. — Le col est très haut situé. Les culs de sac sont légèrement effacés et l'on ne sent pas le pôle inférieur d'une tumeur. Le diagnostic préopératoire de kyste de l'ovaire est posé. On fait cependant une réserve pour un kyste du parovaire en raison de la minceur de la paroi. Le traitement opératoire est fixé au 24 décembre 1934.

Le bilan préopératoire est bon:

Pouls: 76. Tension artérielle: 13×81 .

Azotémie: 0.25. Temps de saignement: 2 minutes.

Réflexe oculo-cardiaque : 68.

Temps de coagulation: 5 minutes.

Les examens de laboratoire sont normaux.

La rachie, dont la technique avait été correcte n'a pas donné l'anesthésie attendue; une anesthésie générale à l'éther a été nécessaire.

M. le Professeur GUIBAL pratique une laparatomie d'a-

bord sus-ombilico-xyphoïdienne, sous-xypho-pubienne en suite.

Exploration. Dès l'incision du péritoine pariétal, s'écoule du liquide d'ascite sérosanguinolent avec plusieurs grumeaux gélatineux. La masse du kyste nécessite l'agrandissement de l'incision pour faciliter son extériorisation. Au moment où il cherche à l'accoucher, l'opérateur sent venir sous sa main placée sur le flanc droit de la poche une masse qui n'est autre que le contenu du kyste : masse gélatineuse qui a coulé hors du ventre presque d'un seul tenant. Après protection des anses intestinales par des compresses, l'exploration montre dans le flanc droit puis dans le flanc gauche du pelvis, deux masses gélatineuses qui étaient primitivement extrakystiques. L'aspect du bassin n'est pas satisfaisant : les tissus sont lavés, jaunâtres : plusieurs kystes sont implantés soit dans les environs, soit dans le méso-rectum. L'anse sigmoïde est adhérente aux annexes gauches : l'utérus est petit, atrophié.

Conduite opératoire.

1° Evacuation de l'ascite gélatiniforme.

2° Protection des anses par des compresses, après mise de la malade en position de Trendelenburg.

3° Le contenu du kyste coule à l'extérieur ; on débarrasse le plus complètement possible le contenu du kyste dont les bords sont repérés.

4° Deux pinces, l'une sur la corne utérine gauche, l'autre un peu en dehors, descendant jusqu'au ligament rond.

5° Section sur les pinces du pédicule du kyste.

6° Dans les tissus pincés et sous chaque pince, passage d'un fil par son milieu et ligature selon le mode de Lawson Tait,

7° Révision de la cavité abdominale: expulsion de débris gélatiniformes.

A noter comme incident que le kyste s'est crevé avant qu'il n'ait pu être accouché à l'extérieur.

— Fermeture de la plaie en un plan aux fils de soie n° 3 et aux agrafes de Michel.

Le diagnostic post-opératoire était donc : « Kyste gélatineux de l'ovaire gauche rompu dans le péritoine ».

Suites opératoires. — Elles ont été normales.

A noter de l'encombrement respiratoire qui a cédé au traitement prescrit, et un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Le 3 janvier 1935, on enlève les agrafes: la malade, apyrétique, sort guérie le 13 janvier 1935.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic des ruptures des kystes de l'ovaire, fort aisé dans certaines circonstances, devient, dans d'autres, très difficile.

Les ruptures brutales ont été décrites dans toute la littérature classique et ont fait l'objet de nombreuses publications. Bressons-en rapidement les tableaux dramatiques et la symptomatologie tapageuse afin de lui opposer la discrétion et le silence de certaines ruptures, infiniment plus rares, celles-là.

Il peut arriver qu'au moment de la rupture, la femme éprouve une douleur vive et déchirante dans le ventre, qui correspond souvent au siège de la perforation et qui se généralise rapidement à tout l'abdomen. En même temps, la face de la malade se grippe et exprime l'angoisse. On observe des menaces de collapsus et Spencer Wells a même pu voir survenir une syncope mortelle. En même temps, des signes physiques importants apparaissent : le ventre qui, auparavant présentait tous les caractères ordinaires d'une tumeur abdominale circonscrite change de forme et offre l'aspect et les symptômes d'un épanchement ascitique. La malade étant dans la position horizontale, on perçoit la sensa-

tion de flot au niveau des flancs. Le liquide occupe les parties déclives et se déplace avec la malade. Enfin, si le liquide épanché est septique les symptômes de péritonite aiguë et généralisée ne tardent pas à se déclarer brusquement : Vomissements, frissons, douleur généralisée, facies grippé, pouls petit, température s'élevant à 40° et 41° : ventre météorisé, tendu: mort dans d'horribles souffrances.

Ainsi présenté le diagnostic de rupture est aisé. Cette symptomatologie « type », noircie à dessein, dépeint une rupture brusque, un épanchement rapide abondant et septique. Mais les observations que nous présentons dans cet exposé et qui sont à la base de ce travail, nous offrent un tableau clinique tout à fait opposé qui se caractérise par un minimum de symptômes. On y observe des variations très grandes aussi bien dans les phénomènes du début que dans les phénomènes consécutifs qui peuvent passer inaperçus de la malade comme du médecin. C'est à peine si la malade éprouve une légère défaillance au moment de la perforation: elle ressent parfois une vague douleur dans l'abdomen qui disparaît un instant après. Les symptômes péritonéaux réactionnels font souvent défaut. On note seulement la disparition de la tumeur constatée auparavant. A la place d'une tumeur kystique localisée, on trouve tous les caractères d'une ascite ordinaire.

MM. DAMBRIN et BERNARD BEIG (« Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse 1924 ») rapportent une observation de kyste de l'ovaire droit rompu dans le péritoine sans signes de rupture avec le tableau clinique de l'ascite libre « Femme 45 ans, vierge, réglée à 16 ans. Entre à l'hôpital pour phénomènes abdominaux douloureux. Vomissements, température légère et métrorragies. Devant l'augmentation croissante du volume du ventre qui présentait les signes cliniques des épanchements ascitiques, on fit une

ponction qui donna 10 litres qui, au point de vue clinique devait provenir d'un kyste ovarien. Une laparatomie montra un grand kyste de l'ovaire droit déchiré et un petit kyste gauche intact ».

Parfois, comme dans un cas cité par Mme Waite (« *Thèse de Paris*, mai 1883) : « Une femme fait une chute sur un meuble en traversant sa chambre : immédiatement elle éprouve une légère tendance à la syncope : mais le lendemain elle eut quelques frissons puis tout rentra dans l'ordre : pas de diurèse ».

Nous trouvons également dans cette thèse quatre cas de rupture silencieuse avec épanchement gélatineux.

1° HUNTER (*American Journal of Obstetrics*, 1881, tome XIV, page 874). Kyste a contenu colloïde qui se rompit deux fois. Ovariectomie pratiquée dix jours après la première rupture, trois jours après la seconde. Pas de traces de péritonite; la malade guérit.

2° Emmet (référence idem 188-2, tome XV) cas semblable au précédent.

3° MUNDÉ (référence idem, p. 290). La rupture datait déjà de quelque temps au moment de l'ovariectomie : intégrité du péritoine; guérison sans incident.

4° (Référence idem. 1879). Cas identique au précédent.

M. LEO présente des kystes rompus spontanément et silencieusement qui avaient donné tous les signes cliniques de l'ascite avec kyste ovarien. A l'ouverture pas d'ascite mais une masse de 10 kilos de substance gélatiniforme, visqueuse, provenant des ruptures multiples de toutes les poches d'un kyste ovarien multiloculaire de 4 kilos, rompu dans le péritoine sain et normal. (*Bulletin Société Anatomique, Paris 1902, tome IV*).

Telle est la pénurie des symptômes que le diagnostic en est souvent très difficile et ne se fait qu'après coup. Les

symptômes du début manquent en même temps que les phénomènes réactionnels, ou encore la péritonite peut-elle s'établir d'une façon lente et insidieuse, et la déchirure des parois du kyste peut être une surprise pour le chirurgien au moment de l'ovariotomie.

Mathiews DUNCAN (Clinical Lectures on diseases of women leçon 18) exposait déjà cette difficulté de diagnostic. « Le liquide qui provient du kyste rupturé, dit-il, se trouve ordinairement libre au milieu de la masse intestinale : mais ceci n'arrive pas toujours, et sa diffusion peut être limitée par certaines adhérences ou bien il peut être tellement visqueux (c'est le cas de l'observation II) qu'il ne peut se répandre dans la cavité abdominale et qu'il déplace au contraire les intestins comme s'il était lui-même une tumeur. Le diagnostic peut être, ainsi, difficile ou même impossible, surtout si l'histoire du cas n'est pas connue ».

La difficulté du diagnostic dépend donc du moment où celui-ci a pu être porté. Deux cas peuvent se présenter :

1° Le médecin connaissait l'existence chez sa malade d'une tumeur de l'ovaire. Celle-ci vient quelque temps plus tard le trouver, parce qu'elle éprouve simplement une douleur peu intense, peu durable, très supportable, ou diverses sensations difficiles à analyser : des troubles intestinaux et vésicaux font leur apparition; quelquefois elle accuse une sensation de vague déplacement et d'écoulement de liquide dans son ventre à laquelle elle n'a prêté d'ailleurs qu'une attention très passagère.

A l'inspection, le médecin constate que le ventre n'a plus la même forme que précédemment: la tumeur a disparu et au lieu d'un ventre arrondi, proéminent en avant, on a un ventre déprimé en bateau. Au palper, plus de tumeur mobile, plus de corps résistant: les parois du ventre sont dépressibles. En même temps tous les signes d'ascite se re-

trouvent. La sensation de flot est très nette. Le liquide, dont la présence se révèle par de la matité à la percussion, occupe les parties déclives, alors que les intestins occupent la partie médiane et surtout la région périombilicale.

Dans ce cas presque facile, pourrait-on dire, où le médecin savait sa malade atteinte auparavant d'une tumeur ovarienne enkystée, il pouvait envisager plusieurs éventualités, mais toutes guidées par son diagnostic antérieur de kyste de l'ovaire.

- a) Kyste de l'ovaire rompu ?
- b) Torsion du pédicule du kyste ?
- c) Kyste hémorragique ?

2° Mais combien est rendu plus difficile le diagnostic que doit porter le médecin sur une malade qu'il voit pour la première fois, et dont le kyste s'est rompu silencieusement quelque temps auparavant. Rien, le plus souvent, dans l'interrogatoire, ne lui permettra de penser que sa cliente était porteuse d'une tumeur au niveau du bassin, surtout si le volume en était réduit: impossible de faire préciser les symptômes de rupture, tant ceux-ci ont été le plus souvent silencieux. Alors, en présence d'une femme qui présente de l'ascite, une paroi abdominale souvent météorisée, avec de véritables gâteaux péritonéaux localisés, une température qui quelquefois s'élève, quel diagnostic porter ?

On ne pense souvent pas au premier abord aux tumeurs ovariennes, et l'on croit plus volontiers à une tumeur du péritoine, à une péritonite à pneumocoques, comme cela s'est vu, ou mieux à une péritonite bacillaire. Tel était d'ailleurs le diagnostic d'entrée de la malade de l'observation I.

Dans cette deuxième éventualité, seule la laparatomie éclairera notre diagnostic.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Une symptomatologie aussi effacée que celle que nous venons de décrire ne peut s'expliquer que par l'anatomie pathologique des organes qui entrent en jeu dans l'apparition de la rupture. Il convient donc d'envisager :

- 1° Les parois du kyste.
- 2° Le contenu du kyste.
- 3° L'épanchement intrapéritonéal.
- 4° Le péritoine.

I. — *Les parois du kyste.* — Il s'agit le plus souvent, et particulièrement chez la malade I du service de M. le Professeur MASSABUAU, de tumeurs végétantes, multiloculaires, formées de vésicules contenant un liquide gélatineux. Les fragments d'aspect gélatineux ont été examinés par M. le Docteur GUIBERT qui les décrit en ces termes : « L'examen histologique a porté sur des fragments d'aspect gélatineux et sur des territoires lardacés. Les premiers réalisent l'aspect histologique de l'angio-myxome sans caractère histopathologique de malignité. Les deuxièmes constituent des zones de nécrose totale : il semble que là aussi il s'agissait d'un tissu myxomateux ». La rétention du liquide sécrété.

les transsudations qui en augmentent la masse distendent les poches qui le contiennent et qui bientôt, amincies et dilacérées, se rompent soit les unes dans les autres, soit en dehors de la tumeur et réalisent la rupture. Les dimensions de la perforation sont variables, généralement réduites : Mme Waite cite même le cas d'un orifice qui n'était pas plus grand que la pointe d'une épingle (p. 65).

La forme des perforations est le plus souvent linéaire, déchirée ou déchiquetée, ou encore nécrotique, c'est-à-dire qu'il y a eu une véritable perte de substance. Il peut encore se produire à travers le tissu végétant de l'enveloppe kystique de véritables fissures à travers lesquelles le contenu du kyste s'écoule, suinte ou bave selon sa consistance. C'est cette dernière éventualité qui paraît s'être produite chez la malade I de M. le Professeur MASSABEAU. Dans le cas particulier la rupture était postérieure.

II. *Le contenu du kyste.* — A l'ouverture de l'abdomen, la première chose qui frappe est l'issue d'un flot de liquide s'échappant de la cavité péritonéale. Ce liquide est analogue à celui du kyste dont il provient et peut être séreux, hémattique, gélatineux ou colloïde... Sa quantité est variable : de 200 cc. jusqu'à 20 litres et plus.

Il peut être incolore, mais il est plus souvent jaunâtre : « Assez souvent du sang s'ajoute au liquide ovarique et lui communique une teinte rouge s'il est récemment sorti des vaisseaux, brune si ce sang a longtemps séjourné dans la cavité kystique » (chez notre malade le liquide était hémattique).

(Docteur MEHU, *Archives de Médecine* 1881)

Comme la coloration, la consistance de ce liquide varie de la fluidité complète à la « gelée de pommes ». Ce liqui-

de contient des végétations, des grumeaux provenant du kyste. Enfin, disons qu'il est souvent aseptique.

III. *L'épanchement intrapéritonéal.* — Il présente sensiblement la même constitution que le liquide intrakystique. La densité en est souvent plus forte. C'est souvent aussi une masse gélatiniforme qui s'enlève difficilement à la compresse et « agglutine les masses intestinales entre elles, leur donnant un aspect chagriné » (comme dans l'observation n° 2).

Quant à l'ascite, elle résulterait comme l'a montré M. QUENT de « l'épanchement continué dans le péritoine de substance colleïde produite par les végétations extérieures » et il ajoute : « il se fait spontanément pour les tumeurs polikystiques, des perforations incessantes des petits kystes superficiels, qui déversent leurs produits de sécrétion dans le péritoine, et provoquent ainsi du côté de la séreuse une réaction inflammatoire chronique, qui devient à son tour l'origine de l'ascite concomittante ». Mais ajoutons que quand il s'agit d'un épanchement gélatineux, le péritoine réagit rarement.

IV. *Le péritoine.* — Celui-ci, en effet, ne présente le plus souvent, surtout dans les suites immédiates de rupture, aucun indice de défense, et d'autant plus volontiers, que l'épanchement est gélatineux. Mme Waite a constaté quatre cas de rupture avec épanchement gélatineux et intégrité du péritoine. En réalité le liquide d'ascite étant inoffensif, amicrobien, ne donne pas de réaction péritonéale immédiate tout au moins notable, tant qu'il n'est pas infecté par des causes intérieures. C'est là un des éléments de la bénignité du pronostic immédiat.

Il peut en être bien autrement si l'on se trouve en pré-

sence d'une rupture ancienne avec greffes péritonéales. L'invasion du péritoine par les masses gélatineuses est telle, que plusieurs auteurs en ont fait une entité pathologique à laquelle ils ont donné le nom de « Maladie gélatineuse du péritoine ». Nous l'avons vu dans notre observation I, le pronostic est alors beaucoup plus sérieux, le plus souvent fatal.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Deux grandes causes président aux ruptures des kystes de l'ovaire.

1° *Les traumatismes* que nous diviserons en : traumatismes physiologiques et traumatismes de causes externes.

2° *Les altérations des parois du kyste.*

1° *Les traumatismes.*

a) *Physiologiques.* - Ils sont d'ordre très divers. Certains auteurs ont cité des kystes rompus spontanément, sous l'influence des efforts de vomissements, durant l'anesthésie. D'autres à la suite d'efforts violents, accès de rire, de toux... Trousseau cite le cas d'une femme dont « le kyste se rompit au moment où elle se baissait pour délayer ses souliers ». Si ces causes, on le conçoit, n'ont qu'une valeur secondaire, il n'en est pas de même d'un autre traumatisme, physiologique lui aussi, qui est noté par tous les auteurs comme occasionnant fréquemment la rupture de kystes de l'ovaire : la grossesse et plus encore l'accouchement. L'utérus gravide, coïncidant avec la présence d'un kyste de l'ovaire peut, par la compression qu'il exerce sur ce dernier,

être cause de rupture. Il est cependant assez rare que les parois du kyste se déchirent avant le travail. La compression ne se fait pas brusquement: la tumeur ovarique, munie en général d'un pédicule assez long, donc très mobile, peut glisser sur l'utérus et prendre place auprès de lui, les parois abdominales se distendant largement et permettant le développement simultané de la grossesse et du kyste.

Les ruptures sont plus fréquentes au moment de l'accouchement car les conditions sont différentes. La tumeur se trouve presque toujours dans l'excavation recto-utérine. Aplatie contre le bassin par l'engagement de la tête, comprimée par les contractions utérines répétées, elle cède souvent. La grossesse favorise encore la torsion du pédicule. Une hémorragie intrakystique, par une distension brusque du sac, peut aussi provoquer la rupture.

b) *De causes externes.* — Nous ne nous y arrêterons pas. Ils sont très divers et peuvent varier à l'infini. Depuis le simple examen gynécologique ou chirurgical jusqu'au traumatisme banal: coups, chute de voiture, d'échelle, mouvements brusques, massages, frictions, etc...

2° *Altérations des parois.*

Cette cause est de beaucoup la plus importante.

a) *Altérations cicatricielles.* — Ces altérations se rencontrent chaque fois que la paroi kystique a subi une solution de continuité et constituent un point de moindre résistance. Ce sont des cicatrices de tissus fibreux, peu élastiques, peu extensibles. On comprend ainsi les ruptures à répétition, consécutives aux ponctions répétées.

b) *Altérations inflammatoires.* — L'inflammation de la paroi du kyste et de son contenu sont étroitement solidaires l'une de l'autre. L'état général, la puerpéralité surtout, les péritonites chroniques ou aiguës, les appendicites antérieures ont une influence néfaste sur la paroi kystique leur voisine, d'autant plus que le liquide kystique est un excellent milieu de culture.

La dégénérescence colloïde du contenu kystique rend la paroi favorable à la rupture. Les statistiques démontrent d'ailleurs que la majorité des kystes rompus sont des kystes gélatineux.

c) *Altérations dues à la dégénérescence.* — Les kystes sont exposés à l'action de divers processus de dégénérescence : ces derniers font subir à leurs parois des modifications qui affaiblissent leur résistance et les prédisposent à des déchirures qui peuvent être brusques ou lentes. La dégénérescence gangréneuse est surtout le fait de la torsion du pédicule : les enveloppes de la tumeur se sphacèlent et ne tardent pas à se rompre.

Quant à la dégénérescence néoplasique, elle est liée à l'évolution des kystes de mauvaise nature. Par suite de la prolifération incessante des végétations intra et extra-kystiques les parois de ces kystes, minces et friables, constituent une bien faible barrière à la pression croissante. Mais en général, le kyste ne se rompt pas brusquement mais plutôt par infiltration lente à travers des parois amincies et nécrosées. Il arrive souvent aussi que l'une des végétations qui se trouve sur la paroi interne du kyste, au lieu de proliférer vers l'intérieur, végète vers l'extérieur et perfore la paroi kystique donnant ainsi une très légère hémorragie intrapéritonéale, et permettant au kyste de déverser son contenu dans le péritoine.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

La rupture d'un kyste dans la cavité abdominale peut avoir des conséquences diverses suivant sa nature même, son contenu, l'état de résistance de la malade.

Tout d'abord, quel sera le pronostic immédiat de la rupture ?

Pronostic immédiat. — S'il s'agit d'un kyste parovarien au contenu souvent inoffensif, il se rétractera, s'oblitérera : l'épanchement se résorbera sans incidents : ainsi, la rupture passera la plupart du temps, inaperçue.

Bénignes sont aussi les suites immédiates de rupture de formations kystiques à contenu séreux. MM. les Professeurs FORGUE et MASSABUAU, dans leur « Traité de Gynécologie, 1927 » disent d'ailleurs « le liquide peu septique est assez bien toléré : le pronostic en est bénin ». Un auteur a même prétendu que les ruptures de ce genre de kyste « sont souvent un mode de guérison ». Sévère sera le pronostic immédiat de la rupture brutale d'un kyste volumineux : l'irruption brusque et violente d'une grande quantité de liquide dans le péritoine peut occasionner un phénomène de choc

quelquefois mortel. Le kyste est-il multiloculaire, à parois végétantes, à contenu gélatineux ou colloïdes ? La perforation successive de loges peu volumineuses peut n'amener aucun accident immédiat bien sérieux. On conçoit que la nature du liquide épanché ait une grande importance vis-à-vis du péritoine. Si sa purulence laisse entrevoir un sombre pronostic, on comprend comment les cas heureux s'observent surtout quand le liquide est purement séreux, amicrobien. Il est évident que quand le liquide subit l'influence d'une infection et devient septique, la péritonite purulente devient extrêmement grave, à moins que des adhérences ne restreignent le champ de l'infection et ne déterminent une péritonite enkystée à évolution moins rapide.

Nous avons vu combien était fréquente la rupture des kystes ovariens pendant la grossesse. Ce sont surtout des accidents d'infection qui sont à craindre, principalement pendant le travail et les suites de couches.

Pronostic éloigné.

Le kyste peut s'atrophier. — Après la rupture il peut se produire une rétraction de la tumeur, une oblitération de sa cavité. Le kyste peut ainsi disparaître même totalement.

Le kyste peut récidiver. — La plaie d'une première rupture peut se cicatriser d'autant plus facilement qu'elle est moindre. Ce sont là, nous l'avons vu autant de points faibles, candidats à la rupture éventuelle. Si le kyste est séreux, la récurrence est aussi bénigne que la première rupture : on craindra toujours cependant les suppurations du liquide, les poussées péritonéales, la torsion pédiculaire, les hémorragies. Dans le kyste multiloculaire la récurrence

s'explique, soit que d'autres poches se développent successivement et se rompent à tour de rôle, soit qu'une poche plus grande, après s'être refermée, sécrète encore et se rompe une deuxième fois.

Le kyste peut généraliser. — C'est surtout le fait des kystes papillaires végétants (comme chez notre malade II) qui sont, en somme, de véritables formations cancéreuses, et des kystes à contenu colloïde. Ces amas gélatineux comparés à du « frai de grenouille », à de la gelée de pomme », dont le chirurgien à tant de peine à débarrasser la cavité abdominale, qui s'insinuent entre les viscères, qui gênent la circulation sanguine et le cours des matières intestinales, sont susceptibles de réaliser de véritables greffes péritonéales sur place et à distance. Cette métastase, on l'a vu dans notre observation I, est d'un sombre pronostic.

En résumé, nous dirons que la gravité de la rupture des formations kystiques de l'ovaire est facteur de la nature de leur contenu. Bénigne pour les kystes séreux, on est en droit de redouter des accidents graves, non pas tant immédiats qu'éloignés, avec les kystes à contenu gélatineux ou colloïdes, que l'on peut souvent assimiler à de véritables néoplasmes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

« Toute tumeur de l'ovaire, doit être enlevée, dès qu'elle est reconnue », a dit L. TAIR et l'ovariotomie est devenue le seul traitement rationnel des kystes de l'ovaire. On conçoit qu'elle soit encore plus indiquée dès qu'une complication survient.

Certes, on a pu observer des guérisons spontanées, définitives de kystes à contenu séreux. Mais il est bien souvent difficile d'apprécier le degré de septicité ou de toxicité du liquide kystique et par conséquent, de prévoir l'apparition ou l'absence d'accidents graves immédiats ou tardifs. Le seul moyen de prévenir les conséquences néfastes de l'effraction dans la cavité péritonéale du contenu kystique, est d'intervenir rapidement. Ainsi évitera-t-on les récidives et toutes leurs conséquences et préviendra-t-on le développement d'une généralisation ultérieure. On pratiquera une laparatomie large. On ne mettra pas la malade en position de Trendelenburg trop accentuée : on évitera ainsi l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans la région diaphragmatique et surtout la formation de greffes à distance. On procèdera à l'évacuation de l'ascite gélatiniforme

puisque c'est le cas de nos deux observations. On protégera les anses intestinales au moyen de compresses.

Après avoir débarrassé le plus complètement possible la poche kystique de son contenu, on repère ses bords, on place deux pinces, l'une sur la corne utérine, l'autre un peu en dehors, descendant jusqu'au ligament rond et l'on sectionne le pédicule du kyste : au niveau de chaque pince, une ligature selon le mode de L. TART.

On procède enfin à une révision de la cavité abdominale et à l'expulsion de débris gélatiniformes. La toilette à la compresse du péritoine et de sa cavité, bien que difficile, nous paraît être indispensable tant le contenu gélatineux de certains kystes adhère et empoisse les organes qu'il rencontre dans la cavité abdominale.

Lorsqu'un kyste de l'ovaire est diagnostiqué au cours d'une grossesse, prévenu que l'on est des néfastes conséquences possibles de cet état, surtout si la rupture du kyste vient de se produire, et sachant que la grossesse paraît favoriser ou activer la transformation maligne de la tumeur, c'est encore à l'ovariotomie qu'il faudra avoir recours dans la majorité des cas.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures silencieuses des kystes de l'ovaire sont rares.

2° La discrétion, la douceur, pourrait-on dire, de ces ruptures, leur symptomatologie discrète rendent leur diagnostic rarement possible au moment où elles surviennent. Celui-ci est souvent une trouvaille de laparatomie exploratrice.

3° Ces kystes sont le plus souvent multiloculaires, végétants: leur contenu, gélatineux ou colloïde, se répand lentement dans la cavité péritonéale à la faveur d'une fissure d'une érosion, d'un tissu presque néoformé.

4° Ces ruptures reconnaissent deux grands causes :

a) Les traumatismes: physiologiques
de causes externes

b) Les altérations de la paroi :

cicatricielles

inflammatoires

dégénératives, surtout.

5° Le pronostic immédiat est le plus souvent favorable : l'amicrobisme du contenu kystique épanché, la tolérance péritonéale en sont la cause.

Le pronostic éloigné est beaucoup plus réservé surtout s'il s'agit de kystes papillaires végétants qui réalisent volontiers de véritables greffes péritonéales sur place et à dis-

tance et que l'on peut comparer à de véritables néoplasmes.

6° Le pronostic de cette complication des kystes ovariens sera cependant sensiblement amélioré par une intervention hâtive: ablation de la poche, toilette péritonéale, ovariectomie.

Pendant l'état puerpéral ou la rupture a de si funestes conséquences, c'est encore cette opération qui donne les meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEMARD. — Etude des ruptures des kystes de l'ovaire. *Thèse de Bordeaux*, 1933-34.
- AUMONT. — Kyste hématique de l'ovaire avec inondation péritonéale. *Bull. et Mém. de la Soc. Anatom.* 1922, p. 507.
- BENDER. — Inondation péritonéale d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique, Paris* 1904.
- BERNARDBEIG. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine. *Soc. obst. et gyn. de Toulouse*, juillet 1924.
- BOGGO et WRIGLEY. — Rupture of ovarian blood cysts simulating acute appendicitis. *The Lancet*, 14-11-31, p. 1068-1070.
- BONAMY. — Un cas de rupture spontanée intra-péritonéale et intravésicale d'un kyste de l'ovaire. *Paris Chir.*, 1905, I, p. 576 à 580.
- BOURSIER. — Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire, à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse, ovariectomie, guérison. *Annales de Gyn.*, janvier 1897.
- BRONHA. — Hémorragie péritonéale avec choc par rupture d'un kyste lutéinique. *Bruxelles Méd.*, 4 sept. 1932, p. 1252 à 1253.
- CAMUS. — Des ruptures des kystes de l'ovaire. *Mémoire lu à la Soc. Méd. de Paris. Revue Méd.* nov. 1844.
- CARPENTIER (W.) — Deux ruptures de kystes ovariens prises pour des perforations appendiculaires. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, tome xxv, 6 janvier 1933.
- CHEVREAU. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste de l'ovaire chez une vierge. *Bulletin et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, tome xxvi, 1934.
- COLL DE CARRERA. — Rupture d'un kyste de l'ovaire. *Languedoc Médic.*, sept. 1930, n° 9.
- Rupture d'un kyste de l'ovaire méconnu au 7^e mois de la grossesse. *Gazette d'accouchement de Montp.*, août 1930.

- CONDAMIN et BRUNAT. — La rupture intrapéritonéale des kystes de l'ovaire. *Lyon Médical*, avril 1929.
- CUMSTON. — Rupture of ovarian cysts. *Internat. clin. Philadelphie* 1910, tome III, p. 123-128.
- DAMBRIN et BERNARBEIG. — Des ruptures intrapéritonéales des kystes de l'ovaire. *Société obst. et gyn. de Toulouse*, juillet 1924.
- DAMIEL. — Les petits kystes hémorragiques de l'ovaire. *Revue de Gyn.*, n° II, 1905.
- DELORE. Kyste ovarien avec hémorragie intrapéritonéale grave. *Lyon Méd.*, 1912-1913, page 1080.
- DUCHET-SUCHEAUX. — Inondation péritonéale sanguine par kyste de l'ovaire. *La Bourgogne Méd.*, n° II, février 1937.
- DUFFNER. — Rupture des kystes de l'ovaire. *Thèse Nancy*, 1893.
- ERRARD. — Rupture spontanée d'un kyste hématique de l'ovaire gauche. *Bulletin et Mém. de la Soc. anal.* 1921, p. 203.
- FAURE J(-L.) et SIRDEREY. — Traité de Gynécologie.
- FLORENCE et GROEFF. — Rupture d'un kyste de l'ovaire gauche, simulant une crise d'appendicite. *Revue franç. gyn. et obst.*, n° I, janvier 1935.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie 1927.
- FOSSARD. — De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire. *Thèse de Paris* 1901.
- GESSEN. — Rupture des kystes de l'ovaire. *Thèse Bordeaux* 1905.
- GILARDINO. — Ruptures rares des kystes de l'ovaire. *Revue italienne de Gyn.*, juin 1932, p. 70 à 100.
- HARVEY. — Spontaneous rupture of ovarian cysts. *The Lancet*, London 1910, tom. I, p. 601.
- HEIMAN. — Spontaneous rupture of ovarian cyst. *J. Méd.* octobre 1932, p. 419-420.
- HUSSON. — Hémorragie pelvienne par rupture d'un kyste lutéinique. *Lyon Chirurg.*, avril 1936, p. 241-243.
- JAYLE. — De l'hématocèle par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. *Revue de chir. et de gyn.*, tome XIII, Paris 1909, pages 185 à 222.
- KYNOCJ. — Pelvic haematocèle from rupture of blood cyst of ovary. *Journal obst. et gyn. Brit. emp. London* 1913, tome XXIII, p. 304 à 307.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LEO. — Ruptures spontanées multiples et totales des poches d'un kyste multiloculaire à contenu gélatiniforme. *Bulletin Société Anatomique*, Paris 1902.
- LERICHE et BLANC-PERDUCET. — Hémorragie pelvienne intra-péritonéale diffuse par rupture d'un kyste hémorragique de

- l'ovaire. *Annales de gyn. et d'obst. de Paris*, 1911, tome VIII, p. 529 à 534.
- LOQUE. — Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne. Grossesse concomitante. *La Provence médico-chirurgicale*, janvier 1936.
- MELCHIOR. — Inondation péritonéale par suite de la rupture d'un kyste de l'ovaire. *Paris Médical*, 1924, n° 2.
- MONDOR et BOUCHARD. — Rupture intra-péritonéale d'un kyste mucoïde de l'ovaire. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris* 1923, xiii, p. 138 à 141.
- NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. *Ann. de Gyn.* 1875, et *Mémoire de chir.*, 18880.
- PATEL. — De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire pendant l'anesthésie chirurgicale. *Revue mens. de gyn. et d'obst. de Paris*, 1913, p. 475-479.
- PATEL. — Signes cliniques des ruptures pathologiques des kystes de l'ovaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1925, tome xiv, p. 320.
- PETIT (Jacques). — Hémorragie intra-péritonéale par rupture de kyste de l'ovaire. *Soc. de méd. de Rouen*, 11 avril 1932.
- POTHERAT. — Rupture des kystes de l'ovaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1903.
- POZZI. — Traité de gynécologie 1905.
- QUENU. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. *Revue de chir. de Paris*, 1886, p. 265.
- TEDENAT. — Rupture des kystes de l'ovaire. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Paris 1913.
- VEYSSIERE et CHOSSON. — Kyste de l'ovaire rompu et reconstitué. *Soc. chir. de Marseille*, mars 1930, tome V.
- WAITE (Mme). — Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. *Thèse Paris* 1883.
-

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'Etude des Rup-
tures silencieuses des kystes de
l'ovaire »

par M. Marc ROUCAUTE

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 10 mars 1938,

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu

Montpellier, le 10 mars 1938,

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 11 mars 1938,

Le Recteur,

PARISELLE.

